

CONTRIBUTION  
A  
L'ÉTUDE DU TRAITEMENT  
(*et en particulier du Traitement chirurgical*)  
DES  
PRURITS ANO-GÉNITAUX

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le jeudi 31 Janvier 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HERSCOVICI (Hermann)

*né le 21 septembre 1908, à Neamtz (Roumanie)*

|                          |   |                                |            |
|--------------------------|---|--------------------------------|------------|
| Examineurs de la Thèse : | { | MM. MICHEL, Professeur . . . . | Président. |
|                          |   | WATRIN, Professeur . . . .     | Juges.     |
|                          |   | BINET, Agrégé . . . . .        |            |
|                          |   | LAMY, Agrégé. . . . .          |            |

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées  
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY  
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS  
28, Rue de Solignac

1935







Digitized by the Internet Archive  
in 2026

CONTRIBUTION  
A  
L'ÉTUDE DU TRAITEMENT  
*(et en particulier du Traitement chirurgical)*  
DES  
PRURITS ANO-GÉNITAUX

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le jeudi 31 Janvier 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HERSCOVICI (Hermann)

*né le 21 septembre 1908, à Neamtz (Roumanie)*

|                          |   |                                |            |
|--------------------------|---|--------------------------------|------------|
| Examineurs de la Thèse : | { | MM. MICHEL, Professeur . . . . | Président. |
|                          |   | WATRIN, Professeur . . . .     | Juges.     |
|                          |   | BINET, Agrégé . . . . .        |            |
|                          |   | LAMY, Agrégé. . . . .          |            |

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées  
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY  
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS  
28, Rue de Solignac  
1935

# Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, O  $\star$ , I  $\star$

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS,  $\star$ , I  $\star$ ; WEISS, O  $\star$ , I  $\star$ ;  
BOUIN, O  $\star$ , I  $\star$ ; ANCEL,  $\star$ , I  $\star$ ; GARNIER,  $\star$ , I  $\star$ ; MACÉ,  $\star$ , I  $\star$ ;  
P. PARISOT, O  $\star$ , I  $\star$ ; DUFOUR,  $\star$ , I  $\star$ ; G. THIRY,  $\star$ , I  $\star$ .

## PROFESSEURS:

|                                                  |                                                |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Anatomie pathologique .....                      | M. L. HOCHÉ, O $\star$ , I $\star$ .           |
| Clinique médicale .....                          | M. G. ETIENNE, O $\star$ , I $\star$ .         |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. | M. L. SPILLMANN, O $\star$ , I $\star$ .       |
| Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie. | M. FRELICH, $\star$ , I $\star$ .              |
| Physiologie .....                                | M. M. LAMBERT, $\star$ , I $\star$ .           |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....      | M. A. FRUHNHOLZ, O $\star$ , I $\star$ .       |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....          | M. P. JACQUES, $\star$ , I $\star$ .           |
| Clinique de chirurgie urinaire .....             | M. P. ANDRÉ, $\star$ , I $\star$ .             |
| Histologie .....                                 | M. R. COLLIN, $\star$ , I $\star$ .            |
| Anatomie descriptive .....                       | M. M. LUCIEN, $\star$ , I $\star$ .            |
| Clinique chirurgicale .....                      | M. G. MICHEL, $\star$ , I $\star$ .            |
| Clinique médicale .....                          | M. L. RICHON, $\star$ , I $\star$ .            |
| Chimie médicale .....                            | M. H. ROBERT, $\star$ , I $\star$ .            |
| Thérapeutique .....                              | M. M. PERRIN, $\star$ , I $\star$ .            |
| Hygiène et médecine préventive .....             | M. J. PARISOT, C $\star$ , I $\star$ .         |
| Clinique chirurgicale .....                      | M. HAMANT, $\star$ , I $\star$ .               |
| Clinique ophtalmologique .....                   | M. P. JEANDELIZE, $\star$ , I $\star$ .        |
| Hydrologie .....                                 | M. SANTENOISE, $\star$ , A $\star$ , $\star$ . |
| Clinique des maladies des enfants .....          | M. L. CAUSSE, $\star$ , I $\star$ .            |
| Bactériologie .....                              | M. DE LAVERGNE, $\star$ , I $\star$ .          |
| Professeurs sans chaire .....                    | M. L. JOB, $\star$ , I $\star$ .               |
|                                                  | M. WATRIN, $\star$ , I $\star$ .               |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

|                                           |                                                     |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Clinique des maladies tuberculeuses ..... | M. M. PERRIN, $\star$ , I $\star$ , professeur.     |
| Pathologie générale .....                 | M. P. SIMONIN, A $\star$ , agrégé.                  |
| Clinique gynécologique .....              | M. P. SIMONIN, A $\star$ , agrégé.                  |
| Pathologie externe .....                  | M. A. BINET, $\star$ , I $\star$ , agrégé libre.    |
| Clinique des maladies contagieuses .....  | M. GUILLEMIN, A $\star$ , agrégé.                   |
| Propédeutique dermatologique .....        | M. DE LAVERGNE, $\star$ , I $\star$ , professeur.   |
| Médecine opératoire .....                 | M. WATRIN, $\star$ , I $\star$ , prof. s. chaire.   |
| Electrothérapie et radiologie .....       | M. M. BARTHÉLEMY, $\star$ , I $\star$ , ag. l.      |
| Accouchements (cours théorique) .....     | M. G. LAMY, $\star$ , I $\star$ , ch. du c., ag. l. |
| Obstétrique .....                         | M. JOB, $\star$ , I $\star$ , prof. sans chaire.    |
| Clinique propédeutique médicale .....     | M. VERMELIN, $\star$ , A $\star$ , agrégé.          |
| Anatomie et Médecine légale .....         | M. DROUET, A $\star$ , agrégé.                      |
| Pathologie interne .....                  | M. MUTEL, $\star$ , I $\star$ , agrégé.             |
| Clinique des maladies mentales .....      | M. ABEL, $\star$ , I $\star$ , agrégé.              |
| Education physique (1) .....              | M. HAMEL, $\star$ , docteur.                        |
| Physiologie du travail .....              | M. L. MERKLEN, A $\star$ , agrégé.                  |
| Clinique neurologique (1) .....           | M. L. MERKLEN, A $\star$ , agrégé.                  |
| Propédeutique O.-R.-L. (1) .....          | M. MICHON, docteur.                                 |
| Parasitologie .....                       | M. AUBRIOT, docteur.                                |
|                                           | M. DOMBRAY, docteur.                                |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE:

|                          |                                 |                             |
|--------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| MM. MERKLEN, A $\star$ . | MM. POURSINES.                  | MM. GUILLEMIN, A $\star$ .  |
| FLORENTIN.               | MELNOTTE, O $\star$ .           | ABEL, $\star$ , A $\star$ . |
| BODART.                  | MUTEL, $\star$ , I $\star$ .    | DROUET, A $\star$ .         |
| CHALNOT.                 | VERMELIN, $\star$ , A $\star$ . | SIMONIN, A $\star$ .        |
| WOLFF.                   |                                 |                             |

## AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS,  $\star$ , I  $\star$ ; S. RÉMY, I  $\star$ ; BUSQUET, I  $\star$ ;  
M. FAIRISSE, I  $\star$ ; BINET,  $\star$ , I  $\star$ ; BARTHÉLEMY,  $\star$ , I  $\star$ ; LAMY,  $\star$ , I  $\star$ .

M. E. TRIBOLET, I  $\star$ , Secrétaire

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Modeste témoignage de ma profonde  
affection.*

A MA SŒUR ANUTA

ET MON FRÈRE LÉON

*En reconnaissance des sacrifices qu'ils  
se sont imposés.*

A MES SŒURS ET MES FRÈRES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

*A mon Maître et Président de Thèse*

M. LE PROFESSEUR G. MICHEL

Professeur de Clinique chirurgicale  
Chevalier de la Légion d'honneur

*Nous le remercions pour l'honneur qu'il  
nous a fait d'avoir accepté la présidence  
de cette thèse et nous le prions d'agréer  
l'hommage respectueux de notre profonde  
reconnaissance.*

*A mes Juges:*

M. LE PROFESSEUR WATRIN

Chargé de cours de Propédeutique dermatologique  
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. BINET

Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAMY

Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous ont fait le grand honneur de  
juger cette thèse. Témoinage de notre  
reconnaissance.*

*A tous mes Maîtres de Nancy  
et de Toulouse*

A M. LE DOCTEUR ROUSSEAUX

Chirurgien des Hôpitaux

*Avec mes remerciements pour les conseils éclairés qu'il nous a donnés,*



## INTRODUCTION

---

Le prurit périnéal est l'un des plus communs des prurits partiels. C'est un des plus pénibles et un des plus difficiles à guérir. On sait que certains malades ont fini par se suicider pour mettre fin à leur supplice.

### DÉFINITION

On n'a pas toujours été d'accord sur la signification du mot « Prurit ». Il y a plusieurs centaines d'années HAFENREFFERS l'a défini: « Pruritus est tristis sensatio desiderium scalpendi excitans, sine cutis asperitate vel exulceratione » (KÜTNER).

SACK le définit comme une « névrose sensitive intermittente et chronique de la peau sans manifestations éruptives primaires.

BROCO le définit: « Une sensation tout à fait spéciale qui provoque le besoin impérieux de se gratter ».

Robert RABUT a donné du Prurit Périnéal la définition suivante: « C'est l'ensemble des sensations pruritiques qui peuvent être ressenties à la région ano-périnéale et aux organes génitaux externes »,

## GÉNÉRALITÉS

La recherche des causes locales a pu pousser à différencier chacune des manifestations anale, scrotale ou vulvaire, qui existent d'ailleurs le plus souvent isolément.

Le prurit périnéal est exceptionnel chez l'enfant, rare encore chez l'adolescent. Il présente son maximum de fréquence entre 30 et 50 ans.

## CLASSIFICATION

Il faut distinguer :

I. Le prurit périnéal qui est en relation manifeste avec une lésion locale, c'est le « prurit direct » des Américains.

II. Le prurit primitif de cause de voisinage est le « prurit indirect » de Montagne ou « réflexe » de Jacquet.

III. Le prurit primitif, de cause générale, que l'examen complet du malade peut nous déceler.

IV. Le prurit primitif essentiel. Variété rebelle à presque toute thérapeutique et d'une « ténacité désespérante aussi bien pour le médecin que pour le malade » (EYRAUD-DECHAUX). Parfois chez ces malades, il est possible de retrouver une intoxication chronique, une mauvaise hygiène, une syphilis héréditaire pouvant l'expliquer.

---

## ÉTIOLOGIE

---

L'étiologie du prurit périnéal est très complexe. Nous l'avons déjà esquissée plus haut. D'une manière générale, il n'évolue pas chez des malades quelconques, il demande un terrain spécial. Il évolue chez des malades qui ont leurs centres sensitifs dans un état d'équilibre instable (JACQUET).

L'étiologie peut être divisée en trois groupes :

### I. — CAUSES LOCALES

Elles sont en rapport avec une excitation sur les terminaisons périphériques de la zone prurigène.

En dehors des mycoses et des parasites (surtout les oxyures auxquels il faut penser avant tout et contre lesquels il faut faire un traitement d'essai, même si on ne les trouve pas) viennent en premier, les phlébectasies de la grosseesse et plus particulièrement les hémorroïdes. D'autre part, jouent un rôle les irritations chimiques ou traumatiques; ainsi le bol fécal chez les constipés peut déterminer des fissures et des érosions du canal anal, qui serait d'après HILL, une des causes les plus fréquentes du prurit anal. Il peut être encore en rapport avec un polype, une fistule,

une rectite; au niveau de la vulve, avec les règles, avec l'onanisme, avec un calcul, etc..., ou encore le contact de la peau avec des urines altérées, surtout dans le diabète.

Certains auteurs américains ont incriminé un streptocoque, d'origine soit dentaire par l'intermédiaire du tube digestif, soit intestinale, le streptococcus fecalis pour MURRAY. En France, avec SABOURAUD on tend à considérer le prurit périnéal comme une infection streptococcique directe. D'après RABUT il s'agit là, probablement, d'une inoculation secondaire au grattage provoquée par un prurit primitivement pur.

## II. — CAUSES DE VOISINAGE

C'est ici qu'on peut ranger les affections gastro-intestinales y compris la constipation, les lithiases, les altérations prostatiques, ovariennes, la grossesse et surtout les néoplasies du tube digestif et de ses annexes. DAVID-CHAUSSÉ, Raymond BERNARD, et TURPAULT incriminent dans certains prurits rebelles, une cellulite du petit bassin. Ils disent « qu'il est possible que ces cellulites soient plus fréquentes et dues à des lésions diverses de la sphère génitale, de la sphère rectale, de la sphère urinaire, ou même à des lésions appendiculaires ». Ils proposent la laparatomie pour tenter un traitement étiologique.

### III. — CAUSES GÉNÉRALES

Le prurit périnéal peut être lié à une altération hématique (chlorose, anémie, leucémie); à un trouble endocrinien en particulier l'insuffisance ovarienne ou thyroïdienne; à une cause toxique (café, thé, alcool, tabac, épices) ou médicamenteuse (Hg, Bi, Cocaïne, morphine).

A une auto-intoxication: constipation, brightisme, diabète, glucosurie, insuffisance hépatique, grossesse, goutte, asthénie (IADASSOHN).

La syphilis y tient une place très importante. HUDELO et RABUT ont eu 73 % des malades atteints de prurit périnéal chez lesquels la syphilis dépistée, le traitement spécifique fit merveille.

Il peut enfin être sous la dépendance d'une affection nerveuse; ce que les Allemands (KÜTNER) appellent le « Zentral Pruritus »; psychose (LORTAL-JACOB), névrose, paralysie générale (SARBO), tabes (MILIAN).

Qu'il y ait ou non une affection organique, tout pruritique est un nerveux, chez lequel les soucis, les émotions, le surmenage se traduisent par des troubles paroxystiques.

---



## PATHOGÉNIE

---

La pathogénie du prurit est très obscure.

L'examen histologique de fragments de peau prélevés chez des femmes atteintes de prurit vulvaire a montré quelquefois une sclérose des terminaisons nerveuses; dans d'autres cas il n'a décelé aucune lésion notable.

Nous allons énumérer les principales hypothèses:

Un groupe avec BESNIER et LEREDDE et autres, défend l'hypothèse des toxines agissant directement sur les nerfs cutanés.

Un deuxième groupe qui admettant ou non et de façon variable le rôle des toxines, attribue certains prurits à des troubles d'innervation cutanée.

C'était la doctrine des « hypéresthésies cutanées », de CAZENAVE, sorte de névroses cutanées.

Le troisième groupe invoque un trouble circulatoire agissant sur les filets nerveux, soit par congestion, soit par gêne apporté à leur nutrition.

« Il existe une relation entre la sensation de démangeaison et le système vasculaire puisque le chatouillement a comme conséquence la contraction des capillaires de cette région et cela est probablement

suivi immédiatement de démangeaisons » (KÜTTNER).

D'après WINCLER, le prurit est une « névrose sensitive des capillaires sanguines ».

JACQUET, GOLAY insistent sur l'importance du sympathique dans le prurit.

COTTE, dans son « Traité des troubles fonctionnels en Gynécologie » écrit : « L'excitation, née au niveau des viscères, serait transmise par les fibres sympathiques et les ramicommuicantes aux ganglions postérieurs de la moelle, d'où elle gagnerait le cortex. Le cortex localiserait alors la sensation dans la zone cutanée, correspondant aux ganglions postérieurs intéressés. Ainsi agiraient par réflexe, les lésions de l'appareil génital interne et celles du tube digestif ».

JACQUET constate qu'un simple pansement compressif est capable de supprimer promptement la sensation de démangeaison.

SOLAY l'explique : par la décongestion des capillaires causée par la compression. D'où une application en thérapeutique (la douche filiforme que recommande HUET).

Les petites saignées décongestives après le grattage brutal sont d'après SOLAY la cause essentielle de l'atténuation du prurit.

La crise bien connue du déshabillage encore, nous montre que pratiquement la dernière hypothèse paraît la plus intéressante.

## COMMENT SE MANIFESTE LE PRURIT

Discret, pendant un temps plus ou moins long, où il n'inquiète pas le malade, le prurit est rarement continu et survient généralement par crises.

Il débute presque toujours au niveau d'un point de la région : à l'anús, scrotum ou vulve. Il ne tarde pas à envahir tout le périnée.

Subjectivement, la sensation de prurit est différemment interprétée par le malade : picotement, frémissement, chatouillement, reptation d'insecte, cuisson, etc...

Cette sensation se produit objectivement par le grattage. Lorsque le prurit est léger, il peut être calmé par l'application des doigts, par une application chaude ou froide. Certaines femmes recherchent dans le coït un remède à la sensation pénible qui les tourmente ; d'autres ne peuvent tolérer le moindre rapprochement. Quand la « sommation prurigène » (R. RABUT) est violente, elle entraîne un grattage énergique, jusqu'à se faire de sanglantes écorchures ou des mutilations de la peau.

L'apaisement ne se fait, comme le dit DARIER, que lorsque les téguments ont été mis à vif et ruissellent de sang, au milieu d'une sorte de volupté douloureuse. Le malade en sort épuisé. Le soulagement immédiat mais passager qui suit la crise entraîne un besoin de grattage qui va en s'exaspérant, JACQUET lui a donné le nom « d'onanisme pruritique ».

Le prurit est habituellement de longue durée. Il

persiste pendant des mois et des années et le plus souvent, d'une façon illimitée.

Les crises sont d'une fréquence variable. Tantôt diurnes, tantôt nocturnes. Dans ces cas, la surexcitation constante, après avoir entraîné une insomnie permanente retentissant sur l'état général, qui s'altère, et l'on peut assister soit à une excitation nerveuse susceptible de nécessiter la Maison de Santé, soit à une dépression physique et morale, qui peut aller jusqu'au suicide.

Diverses complications peuvent se surajouter sous une forme visible.

La surface cutanéomuqueuse s'infecte, s'eczématise, se lichenifie.

---

## TRAITEMENT

---

Le prurit périnéal est une affection particulièrement rebelle au traitement. Les formulaires, les Traités de gynécologie et de dermatologie mentionnent une quantité de formules. Les revues médicales indiquent de temps en temps un nouveau traitement.

Nous passerons en revue les principaux traitements, en insistant sur ceux qui paraissent dignes d'être employés.

Pour commencer, nous attirons l'attention sur le fait qu'on ne se préoccupe pas assez, de la cause qui le provoque. En face d'un pruritique, il faut donc faire un examen complet, biologique et clinique. Si la cause ne peut être dépistée on instituera une des nombreuses thérapeutiques purement symptomatiques.

Pour plus de clarté, nous classerons le traitement en : médical physiothérapique, divers, et chirurgical.

Nous n'insisterons dans ce chapitre que sur le traitement du « prurit essentiel », étant donné que l'on aura essayé auparavant de traiter sa ou ses causes si elles sont diagnostiquées ».

## Traitement médical

### *Diététique*

Avant d'aborder l'étude du traitement médicamenteux, nous allons indiquer en quelques mots, comme il est classique de le faire, les conseils d'hygiène.

*Hygiène locale.* — La région périnéale doit être scrupuleusement propre. Laver avec ou sans savon.

Pour les injections vaginales, employer de l'eau très chaude dans laquelle on mettra 10-15 têtes de camomille pour un litre d'eau ou de la guimauve, 15-20 gr. pour un litre d'eau.

Eviter toute irritation due au frottement des vêtements. On conseillera au malade de porter de la lingerie de toile fine.

*Hygiène générale.* — Il est à conseiller un régime hypo-toxique. Le régime végétarien mixte est le plus recommandé.

Pas de surmenage d'aucune sorte.

Surveiller les émonctoires.

Désinfection gastro-intestinale par des ferments lactiques, etc...

### *Traitements médicamenteux*

Nous nous contenterons de rappeler sans entrer dans les détails, quelques substances utilisées qui paraissent plus efficaces contre le prurit lui-même, en ajoutant qu'elles donnent, à peu près toujours, un soulagement passager et qu'avec certaines il se trouve aggravé.

### *Traitement local*

Citons les lotions aqueuses à l'hydrate de chloral à 1 p. 100; de bromure de potassium à 10 p. 100; macération de guaco à 10 p. 100, etc...

Les badigeonnages à l'alcool mentholé à 1 p. 100; au nitrate d'argent de 2 à 10 p. 100.

Les onctions avec l'huile chloroformée mentholée, etc...

Les pommades ou pâtes à la cocaïne à 1 p. 100, au menthol, à 1 p. 100, au scuroforme à 5 %, etc...

Il peut être conseillé, après ces médications, purement symptomatiques, de faire systématiquement dans tous ces cas de prurit où la cause ne peut être dépistée malgré l'examen le plus minutieux, un traitement d'essai antiparasitaire, qui sera « la véritable pierre de touche » (JEANNENEY).

1° Par la bouche, le traitement contre les oxyures,

2° Localement, le traitement contre les épidermomycoses (applications d'alcool iodé à 1 p. 100, de solution iodoidurée aqueuse à 1 p. 1.000.

3° Ou encore un traitement par les antiseptiques doux, tels que, en badigeonnages :

La solution de bleu de méthylène à 1 p. 200, ou :

Violet de gentiane . . . . . 0,25

Vert de méthyle . . . . . 0,15

Alcool à 80° . . . . . 100 cc. (JEANNENEY)

### *Traitement médicamenteux interne*

Les médicaments proposés sont très nombreux, ce qui nous prouve leur inefficacité. Ils peuvent même

se montrer nuisibles par voie buccale en occasionnant des troubles digestifs.

Il y en a certains qui paraissent intéressants. Ainsi, les injections intraveineuses des divers Bromures, spécialement : (LEBEDIEF, DAVID-CHAUSSÉ):

|                            |          |
|----------------------------|----------|
| Bromure de sodium .....    | 1 gr.    |
| Hyposulfite de soude ..... | 0 gr. 30 |
| Sérum physiologique .....  | 10 cc.   |

Cette préparation est bien tolérée. Ce traitement est long.

Le *Gardénal* en trois prises quotidiennes de un à deux centigrammes (LORTAT - JACOB).

Le *Pyramidon* en injection intra-veineuse (0 gr. 15 dissous dans 10 cc. de sérum physiologique, avec stérilisation par filtration et injection lente (MILIAN).

Le *Silicate de soude* (4 cc. d'une solution à 0 gr. 50 pour 100, tous les deux-trois jours), en injection intraveineuse. Indiqué surtout dans le prurit sénile (LUITHLEN).

### *Traitement opothérapique*

Il y a des auteurs, qui en dehors des cas où le prurit paraît nettement en rapport avec un dysfonctionnement endocrinien, appliquent systématiquement cette thérapeutique. BREGMANN a obtenu les résultats intéressants avec l'opothérapie thyroïdienne.

### *Vaccinothérapie*

MURRAY, le premier, a traité avec succès le prurit périnéal par des divers vaccins (un auto-vaccin de

streptococcus fecalis, stock vaccin avec colibacille, staphylocoque blanc, etc...). Jean HUET cite quelques guérisons avec un stock vaccin de colibacille.

Il est probable que les succès sont dus à des phénomènes de choc, ou encore à l'infection secondaire causée par le grattage.

### *Méthode de désensibilisation*

Par : la *peptone*, préconisée par PAGNIEZ et PASTEUR VALLERY-RADOT, administrée en cachets de 0 gr. 50, peut rendre service dans certains prurits périnéaux.

L'*Autohémothérapie*, conseillée par RAVAUT, par séries de quinze, dix-huit injections.

L'*hyposulfite de soude* (LUMIÈRE) en injections intraveineuses ou par voie buccale (2-4 gr. par jour en cachets de 0,50-1 gr.).

Le *sulfate de cuivre* en injections intraveineuses (en ampoules de 1 centigr. par cc., faire une injection un jour sur deux) (BASCH).

### *Injectons locales*

Par cette méthode, on supprime d'une façon passagère ou définitive la conduction du stimulus à partir de la zone prurigène jusqu'à la moelle épinière.

SIEBOURG en 1901 a été le premier qui a fait des injections sous-cutanéomuqueuses pour le prurit vulvaire. Il a employé une solution diluée de cocaïne. Il a constaté que ce n'est pas le médicament qui importe, mais la grande quantité de liquide par lequel on

décolle la peau ou la muqueuse et de cette façon les terminaisons nerveuses sont tirillées et rendues insensibles.

On utilise beaucoup cette méthode, qui a donné complète satisfaction à certains auteurs dans des prurits anciens et accentués.

La technique est de savoir bien infiltrer la région. On a fait des injections avec :

*Chlorhydrate de quinine et d'urée* à 0 gr. 25 p. 100 en solution aqueuse. Il faut injecter la région prurigineuse millimètre carré par millimètres carré. (VIGNES).

Suspension huileuse de *benzoate de benzocaïne* (JEANNENEY).

*Urethane, quinine* au 1/5° (Ne pas injecter en tissu enflammé à cause des escharres) (HUMBERT).

*Novocaïne* à 1 p. 200. TZANCK, BERGER... citent deux cas de prurit vulvo-anal guéris par quatre à cinq piquûres.

*Alcool* à 95°, après anesthésique à la novocaïne à 1 p. 100. A été préconisé par H. STONE. La méthode est délicate. On risque des escharres. On obtient des résultats plus ou moins durables suivant les auteurs. (WEILL, de Metz), a obtenu des résultats très intéressants. ADRIAN a obtenu huit guérisons sur dix cas.

Enfin les injections sous-cutanéomuqueuses avec de *l'oxygène* (MELCHIOR).

#### *Anesthésie tronculaire du nerf honteux interne*

N'a pas encore été faite pour le prurit périnéal. KÜTTNER, MAUCLAIRE, conseillent d'essayer cette

méthode. La technique a été donnée par ILMER et SELLHEIM (*Semaine médicale*, 1910, p. 319). Ils l'ont employée dans les douleurs périnéales.

### *Injection épidurale*

A été conseillée par HOLLAND pour le prurit péri-néal. THIBIERGE a obtenu des résultats intéressants avec des injections de cocaïne (1-2 cc. de la solution à 1 p. 100).

Les résultats immédiats de ces méthodes anesthésiantes semblent être toujours favorables ou excellentes. Leur inconvénient est qu'après la disparition de l'anesthésie, dans un temps plus ou moins court, le prurit se rétablit. Leur avantage est de pouvoir être répété souvent.

### *Ponction lombaire*

A été préconisée par THIBIERGE et RAVAUT.

Il est possible d'obtenir des améliorations, surtout dans le prurit brightique (WIDAL), tabétique (MILLIAN).

### **Traitement physiothérapique**

L'aide de la physiothérapie sera souvent précieuse dans les cas rebelles.

### *Franklinisation*

Peut être employée en application localisée sous forme de souffle et surtout sous forme d'effluviation.

BROCG écrivait en 1918: « qu'elle constitue une médication héroïque des prurits, qu'elle améliore presque toujours les malades, qu'assez souvent même elle les guérit, qu'elle mérite donc d'attirer sérieusement l'attention des praticiens ».

### *Haute Fréquence*

La Haute Fréquence constitue une ressource précieuse dans le prurit périnéal.

Elle est employée sous forme d'effluves avec les électrodes à vide de Mac INTYRE à intensité modérée. A donné des améliorations manifestes avec six à huit séances dans les prurits rebelles.

Il est remarquable que dans les cas d'amélioration, la lésion secondaire disparaît aussi: lichen, eczéma (DANIEL).

Elle est, parmi les méthodes physiothérapiques, la plus active après la röntgenthérapie.

HARTEMANN recommande l'emploi de la haute fréquence dans les cas de prurit vulvaire rebelle, chez les femmes enceintes. L'auteur rapporte deux observations et insiste sur l'efficacité de la méthode et sur son inoffensivité.

### *Ionisation*

La ionothérapie a été appliquée au prurit périnéal surtout par les auteurs américains. Ils l'ont appliquée dans un but antiseptique, le prurit périnéal étant pour certains d'entre eux d'origine infectieuse. Ils ont utilisé la solution de Lugol à 25 % (BUIE, DE ROCHESTER). BUIE, prétend avoir obtenu avec ce procé-

dé 22 % des guérisons et 75 % d'améliorations dans des prurits périnéaux rebelles.

MADEAU, en France, utilise l'azotate d'aconitine avec de la diadermine.

L'auteur a obtenu des résultats intéressants.

### *Röntgenthérapie*

En raison de l'évolution des techniques, il n'est plus légitime de craindre les accidents (radiodermites) qui étaient l'épouvantail des praticiens.

MARIN (de Montréal) insiste sur l'innocuité des R. X., et sur leur efficacité dans des cas rebelles. Il la considère comme la méthode de choix du traitement du prurit périnéal. Dans une statistique de MARIN qui porte sur une année, sur 73 cas, 61 pour 100 guérirent en un ou deux mois, 35 p. 100 de deux à quatre mois. Trois pour cent d'échec seulement. 35 n'ont pas été revues après la première série d'irradiation; 32 récurrences (3 après cinq mois, 19 après un an et 10 après deux ans).

Il y a deux méthodes d'application:

a) Directe ou locale; b) indirecte.

a) *Directe*, avec des rayons peu pénétrants et peu filtrés à la dose de 1-4 H. Actuellement, on tend à filtrer davantage et à employer des rayons plus durs (DANIEL).

b) *Méthodes indirectes*, qui cherchent à agir à distance et indirectement.

La méthode de Gouin, consiste à faire une irradiation de 5 H. sans filtre, sur la région interscapulaire

en prenant pour centre la quatrième dorsale. GIRAUDEAU a obtenu des résultats intéressants avec cette méthode.

La méthode de Zimmern et Cottenot consiste à faire cinq applications de 1 H. à 1 H. 1/2 faites, à raison d'une, tous les deux jours, sur la région des racines rachidiennes, correspondant au prurit, avec un filtre de 3-4 mm.

BIZARD et MEYER ont obtenu avec trois applications de 5 H. la guérison dans quatre cas de prurit périnéal, dont l'un datait de quatre ans.

### *Actinothérapie*

L'effet favorable des Rayons ultra-violets sur le prurit serait dû d'après ROTHMANN, à une action paralysante sur les filets sympathiques.

L'actinothérapie, employée à dose d'érythème, a pu améliorer certains prurits (DANIEL).

L'avis de la plupart des auteurs est qu'elle a une action immédiate mais passagère. MEYER propose de faire la « soudure » avec l'action des R. X. qui est un peu plus tardive. DELHERM, LEDENT ont obtenu des résultats intéressants avec l'actinothérapie, dans le prurit périnéal.

### *Rayons Infra-Rouges*

LITTAUER de Leipzig utilise les ultra-violets lorsqu'il existe une sécrétion et infra-rouges dans les cas contraire.

### *L'émanothérapie*

Méthode nouvelle qui est préconisée depuis quelque temps dans le traitement des prurit ano-vulvaires essentielles, rebelles.

La molécule de radium a la propriété d'être en perpétuelle désintégration et par suite de donner naissance à des émanations qu'on nomme « radon » qui ont la propriété de radioactiver les gaz, les liquides, avec lesquels elles sont en contact.

Les travaux du Professeur d'ARSONVAL et de son assistant VAUGEON ont permis de réaliser une source radioactive solide qui, dans un appareillage spécial charge les gaz (air ou oxygène en général) ou les liquides (eau distillée généralement, ou huiles). On l'emploie soit sous forme de pulvérisation vaginale ou anale, soit sous forme d'injection sous-cutanéomuqueuses in-loco. Le radon possède la propriété d'agir sur les fines ramifications nerveuses terminales.

TURPAULT, dans le bulletin de la *Société française de Gynécologie* du 19 novembre 1934, publie deux observations de prurit traité par cette méthode, qui ont été complètement guéris.

### **Traitements divers**

#### *Thermocautérisation*

HIPPOCRATE disait: « Ce que le feu ne guérit pas devrait être regardé comme incurable ».

On arrive parfois à avoir des résultats intéressants.

UNNA a préconisé ce traitement dans le prurit anal et BROcq dans le prurit vulvaire.

On utilise le thermocauter à pointe fine ou le galvanocautère et l'on fait des cautérisations superficielles linéaires. KÜTTNER, attire l'attention sur les cicatrices douloureuses, qui peuvent s'en suivre.

### *La cryothérapie*

LORTAL JACOB a préconisé en France l'emploi de la neige carbonique dans le prurit périnéal, en application de 8-20 secondes avec une pression de 1 kg. L'auteur prétend en avoir obtenu des résultats excellents.

### *Douche filiforme*

A été préconisée par VEYRIÈRES. La méthode consiste à attaquer la région prurigène au moyen d'un jet filiforme qui soit sous une pression de plusieurs atmosphères.

C'est un grand calmant du prurit, mais les résultats sont aléatoires.

### **Traitement chirurgical**

Avant de recourir à la Chirurgie, il faut avoir épuisé tous les traitements médicaux et physiques. D'ailleurs le malade lui-même, après l'échec de tous les traitements, exaspéré par son mal, nous demande un soulagement par une intervention chirurgicale, qui

d'ailleurs comme nous verrons plus loin, ne présente pas de gravité, selon la méthode employée.

Il a été proposé différents procédés :

*Excision totale de la région prurigène*

A été conseillée par KÜTTNER, SCHROEDER, MARTIN, MAUCLAIRE, etc...

C'est le traitement le plus radical, puisqu'on enlève avec la peau secondairement altérée, les nerfs cutanés également altérés qui ont beaucoup d'anostomoses (KÜTTNER).

Les résultats sont variables, GUMMERT indique une statistique de neuf cas.

On a pu obtenir des guérisons définitives.

KÜTTNER a traité avec succès deux cas de prurit du prépuce, par la résection large.

Il a obtenu une guérison immédiate et définitive.

KAREWSKI en 1923 a appliqué cette méthode dans un cas de prurit anal, secondaire à une cicatrice périanale. Il a obtenu la guérison.

FRANKENTHAL a appliqué cette méthode, complétée par la résection des nerfs périnéaux, dans un cas de « pruritus ani et périnei » très grave qui datait de cinq ans.

FISCHER (Roumanie) dans le prurit rebelle de l'anus, excise la zone prurigène autour de l'anus plus un pourtour de un centimètre de peau saine. Il faut faire la dilatation de l'anus pour éviter le rétrécissement cicatriciel.

Après huit jours il fait de la Roëntgenthérapie sur

la région excisée qui stimule l'épidermisation. Il a obtenu des résultats intéressants avec cette méthode.

LITTAUER a préconisé, comme dernier refuge, l'extirpation de la vulve.

Ce procédé n'a pas la gravité que l'on pourrait croire au premier abord, les lésions se cicatrisent rapidement, mais les indications doivent être restreintes. Ce procédé est indiqué dans les prurits limités à une zone restreinte.

Un deuxième groupe de procédés chirurgicaux est la *névrotomie*, qui consiste à interrompre d'une façon radicale en un point quelconque, suivant les méthodes, la voie de conduction du stimulus nerveux.

#### *Section sous-cutanée des filets nerveux*

Elle a été réalisée de diverses manières pour le prurit rebelle de l'anus.

C'est BALL de Londres, qui le premier décrit l'opération qui porte son nom. Son procédé consiste à sectionner tous les filets nerveux sous-cutanés, en pratiquant une incision elliptique, autour de l'anus, aux confins de la zone malade, incision qui est interrompue en haut et en bas de façon à ménager un pont antérieur et un pont postérieur. L'incision doit aller jusqu'au sphincter. On relève les lambeaux en les disséquant prudemment aux ciseaux. Toutes les connexions nerveuses doivent être sectionnées. L'hémotase doit être parfaite. Après l'hémotase, et au besoin mise en place d'un petit drain, on fait les autres sutures nécessaires.

Le prurit disparaît sur le champ.

La sensibilité de la région périanale revient au bout de quelques mois et le prurit est définitivement guéri.

BALL a rapporté en 1908 une statistique de quinze cas traités sans échec.

MUMMERY a eu cinquante-deux guérisons sur cinquante-neuf malades.

LEYGHTON, de même a obtenu d'excellents résultats.

KROUZE modifie la méthode en utilisant six à huit incisions irradiées de l'anús jusqu'à la limite de la zone malade. Grâce à ces incisions on soulève par dissection la peau comprise entre chacune et on referme après hémostase parfaite. Les résultats sont analogues à ceux de la méthode de Ball. L'auteur a rapporté une statistique de vingt cas traités avec succès.

Le procédé de Lynch consiste à faire une petite incision de deux côtés de l'anús, grâce à laquelle on va décoller les tissus avoisinants, par le moyen de ciseaux mousses. On draine pendant 12-24 heures et l'on obtient, comme avec les autres procédés, la disparition du prurit. L'auteur a rapporté une statistique de trente cas.

MAUCLAIRE conseille d'appliquer la méthode de Ball, aussi pour le prurit vulvaire.

### *Section des nerfs de la région*

Elle a été recommandée par BURNS DE GLASGOW et SIMPSON. Puis par BARTON COOK HIRST, TAVEL ROCHET, FRANKENTAL.

Ces auteurs ont pratiqué la resection des nerfs de la région: le génital-crural, l'ilio-inguinal, le honteux interne et les nerfs périnéaux superficiels.

Dans une communication à la Société de Chirurgie de Lyon le 26 février 1903, ROCHET écrit: « Le véritable traitement des prurits périnéaux qui ont résisté aux moyens médicaux, c'est l'énervation du territoire malade. Le plus souvent la resection de la branche périnéale du honteux interne suffit à ce but; chez des sujets un peu âgés, la resection du tronc principal (avec la branche pénienne et clitoridienne) n'aurait pas grande importance ».

La technique de la névrotomie du nerf honteux interne a été très bien décrite par WERTHEIMER et MICHON (*Journal de Chirurgie*, avril 1928, t. 31). ROCHET, MAUCLAIRE, ALBERTIN, HAMANT ont obtenu des résultats intéressants.

De tous les procédés chirurgicaux, la resection des nerfs honteux a été le plus souvent faite et il semble qu'elle a donné généralement des résultats intéressants.

QUENU à la Société Nat de Chirurgie le 5 mars 1932, écrit:

« La névrotomie des nerfs honteux internes peut rendre de grands services dans le prurit périnéal rebelle à tout traitement, notamment dans le prurit vulvaire. Elle semble être la plus indiquée:

Parce qu'elle semble remarquablement constante dans ses résultats, même dans les cas les plus rebelles.

Sa gravité immédiate est minime si on la compare aux autres sections nerveuses proposées, telles que la cordotomie et même la sympathectomie hypogastrique dont les résultats ne sont pas encore probants, d'après les cas publiés.

C'est une opération non mutilante, à part la légère hypoesthésie vulvaire qui persiste de manière d'ailleurs inconstante.

Ce traitement, tout symptomatique qu'il soit, m'apparaît plus sûr dans ses résultats qu'un traitement qui viserait plus haut et chercherait la cause, parce que cette cause est toujours douteuse et parfois hors d'atteinte ».

### *Sympathectomie*

A été préconisée par COTTE. Il resèque au niveau du plexus pelvien le nerf présacré sur une hauteur de 1-2 cm. et complète par la sympathectomie périartérielle hypogastrique.

La resection du nerf présacré, est l'ablation sur trois centimètres environ du plexus nerveux ou du tronc constitué par les fibres unissant les ganglions lombaires aux ganglions hypogastriques (HAMANT).

COTTE aurait obtenu de bons résultats dans plusieurs prurits vulvaires rebelles.

COSACESCO a obtenu un résultat satisfaisant avec cette méthode.

D'après les cas publiés, il semble que cette méthode n'a pas encore fait sa preuve.

*Cordotomie*

A été réalisée avec succès par SICARD et ROBINEAU. Ils ont rapporté une observation de kraurosis vulvaire avec prurit intolérable, rebelle à tous les traitements (l'excision de la vulve est restée sans résultat). Les auteurs ont pratiqué la cordotomie bilatérale antérieure après laminectomie. Le prurit fut complètement supprimé.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Docteur ROUSSEAUX)

#### Prurit vulvaire

Mme Cl... H., 64 ans.

Entre au service de M. le professeur MICHEL le 10 décembre 1931.

Souffre depuis un an d'un *prurit vulvaire* intense rebelle à tous les traitements employés jusque-là (lotions, pommades, etc. Røentgenthérapie).

A l'examen local on constate que la vulve est rouge, irritée, avec en certains endroits, aspect de kraurosis. On ne trouve aucune lésion interne.

Glycémie normale: B.-W. = négatif.

On fait pendant quelques jours la désinfection locale au nitrate d'argent. Aucune amélioration.

Le 27 décembre 1932, on lui fait la *résection du nerf* hon-teux par la technique classique.

Cicatrisation par première intention après drainage de sécurité de 48 heures par faisceau de crains.

On obtient une amélioration immédiate.

Le 17 janvier 1932, la malade quitte le service ne souffrant plus du tout.

Revue un an après, la guérison persistait. La malade signale simplement l'inconvénient suivant: retient difficilement les gaz (mais pas d'incontinence des matières).

## OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Docteur ROUSSEaux)

### Prurit anal

M. Zaf... D., 50 ans (mineur italien).

Entre au service de M. le professeur MICHEL le 26 décembre 1933.

Souffre depuis six mois d'un *prurit anal* excessivement rebelle. Le malade a déjà subi des nombreux traitements médicaux (pommades variées, applications de nitrate d'argent, traitement contre les oxyures qu'on n'a jamais constatées, mais contre lesquelles on a, à juste raison, dirigé le traitement); cinq séances de radiothérapie dans une grande ville voisine sans obtenir la moindre amélioration. Le malade parle de se suicider si on n'arrive pas à le guérir.

A l'examen local, on observe le pourtour anal rouge, suintant, avec un halo, circonférentiel nettement marqué passant de 4 à 5 cm. autour de l'orifice anal.

Pas de glycosurie; glycémie = normale; B.-W. = négatif.

Pendant une huitaine de jours, on désinfecte la région anale par des applications de bleu de méthylène et d'alcool. On obtient une amélioration des lésions cutanées, mais le prurit persiste.

Le 3 janvier 1934, on lui fait l'opération de Ball. Cicatrice par première intention.

Le malade se sent rapidement soulagé. Il quitte le service le 30 janvier.

La guérison à ce moment n'est pas complète, mais le malade se déclare heureux du résultat obtenu. On lui fait promettre de donner de ses nouvelles, mais même son médecin ne l'a jamais revu, étant donné que c'était un mineur étranger.

### OBSERVATION III

(Publiée par Jean MURARD, du Creusot,  
*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1929.)

#### Prurit vulvaire

Mme L..., 54 ans, vient consulter le 18 avril 1929 pour du *prurit vulvaire avec des douleurs périnéales*. Elle a subi, en juin 1922, une hystérectomie subtotale pour fibrome sous rachianesthésie. La malade a commencé à éprouver les troubles actuels dans les premiers jours qui suivirent l'intervention. Depuis elle a souffert d'une manière continue et pénible qui l'a conduite successivement vers plusieurs médecins sans qu'elle puisse obtenir aucun changement.

On l'examine à fond, sans qu'on trouve quelque chose de particulier. L'examen repose uniquement sur des signes subjectifs.

Après avoir essayé un traitement médicamenteux qui ne donna aucun résultat, on lui a fait de la radiothérapie sur la région vulvaire qui lui a procuré quelque soulagement, mais de courte durée. Après cela on se décide à intervenir.

Le 19 juillet 1929, on pratique la résection des *nerfs honteux internes* des deux côtés. Suites locales très simples. La malade a été très soulagée.

Examinée pour la dernière fois le 29 août, on constate que son prurit ano-vulvaire a disparu. Le vagin a repris une coloration normale, il n'est plus sensible au toucher.

Il n'y a pas d'anesthésie complète du périnée, ni de la vulve, ni du vagin, bien que la section nerveuse ait été complète.

La malade ressent encore un peu de pesanteur périnéale.

#### OBSERVATION IV

(Publiée par ROCHET,  
Société de Chirurgie de Lyon, 1903.)

##### **Prurit vulvaire**

Malade âgée de 48 ans. Souffre de *prurit vulvaire* depuis plus de dix ans. La sensation prurigienne s'étendait jusque dans l'urètre et dans le vagin.

Elle avait été soignée à Paris, à Nancy, sans résultat.

*Réséction du nerf honteux*. La guérison a persisté trois ans après.

#### OBSERVATION V

(Publiée par ROCHET,  
Société de Chirurgie de Lyon, 1903.)

##### **Prurit anal et scrotal**

Homme âgé de 50 ans, souffrait d'un *prurit anal et scrotal* depuis plus de deux ans. Pour avoir quelques minutes de repos, il est arrivé à prendre 3 cgr. de morphine, de la cocaïne, du chloral, le tout en même temps.

On lui a fait la résection de la *branche périnéale du nerf honteux*, des rameaux cutanés du nerf anal, des périnéo-scrotaux de la branche génitale du petit sciatique.

La guérison fut complète. Elle datait de huit mois.

#### OBSERVATION VI

(Publiée par MAUCLAIRE,  
*Annales de Gynécologie et Obstétrique*, 1917.)

##### **Prurit périnéal**

D. H., 34 ans, souffre de cuissons et de démangeaisons « *périnéales et vulvaires* » peu de temps après l'appendicéc-

tomie qui a été faite le 8 mai 1915. Peu de temps après, on lui fait une nouvelle laparotomie. On lui résèque partiellement l'ovaire droit qui est kystique. Les démangeaisons n'ont pas cessé, mais leur intensité est variable.

En décembre 1915, les démangeaisons deviennent insupportables. Bien des variétés des traitements locaux ont été essayées.

Seules les injections vaginales d'eau bouillie un peu chaude soulageaient momentanément la malade. Pas de vaginisme.

La malade est déprimée moralement et physiquement. Après un an d'observation, on se décide à lui faire la *résection des branches périnéales du nerf honteux interne*, sauf le rameau du sphincter anal.

Le jour même de l'opération, les douleurs périnéales et les démangeaisons disparaissent.

La malade éprouvait une sorte d'engourdissement local avec hypoesthésie vulvaire et périnéale.

La malade a été revue en mars 1917; quelques douleurs et cuissons étaient reparues. Il n'y avait pas d'hypoesthésie vulvaire et périnéale.

La malade est revue le 20 juin; la guérison persiste. Elle n'a plus de démangeaisons, mais de simples cuissons vaginales. Il y a encore un peu d'hypoesthésie.

Le 25 juillet, n'ont pas reparu.

Depuis l'opération, elle n'a plus de démangeaisons.

## OBSERVATION VII

(Publiée par FRANKENTHAL,  
*Dermatologische Wochenschrift*, 1925, t. 80.)

### Prurit anal

Homme âgé de 26 ans. Atteint de *prurit anal rebelle*. On lui a fait la *résection totale ou partielle des nerfs du périnée*, du nerf honteux interne et du nerf hémorroïdal inférieur.

Le prurit n'a plus reparu depuis le matin de l'opération.

## OBSERVATION VIII

(Publiée par TAVEL, *Revue de Chirurgie*, 1902.)

### Prurit vulvaire

Mme X..., 48 ans, souffre depuis nombre d'années de *prurit de la vulve*. La miction est douloureuse et la malade a des démangeaisons avec hyperesthésie des grandes lèvres, clitoris, du pli labio-fémoral et en avant de l'anus.

Tous les traitements possibles ont été essayés sans résultats.

Le 8 octobre 1896, on lui fait la *résection des rameaux vulvaires du nerf honteux interne*. A gauche, on fait la faute de couper la branche anale.

La malade quitte l'hôpital guérie.

La malade est revue le 15 janvier 1897. Le prurit et le vaginisme ont complètement disparu, mais elle avait beaucoup de peine à retenir les selles quand elle avait de la diarrhée, mais aucun trouble tant que le fonctionnement de l'intestin était normal. Elle était d'ailleurs très satisfaite du résultat de l'intervention. La guérison s'est maintenue dès lors.

## OBSERVATION IX

(Publiée par WERTHEIMER et MICHON,  
*Journal de Chirurgie*, 1928.)

### Prurit vulvaire

Malade âgée de 52 ans. Souffre de *prurit vulvaire*. En mars 1924, on lui fait de la radiothérapie qui d'abord exacerba le prurit puis l'apaisa, mais pour peu de temps.

En juillet 1925, les douleurs vulvaires sont intenses et l'aspect de la vulve représente de façon typique celui du kraurosis.

Le 2 juillet, on lui pratique la *sympatectomie bilatérale des artères hypogastriques*.

Les résultats furent médiocres. Pendant trois semaines environ, les douleurs furent moins vives et les symptômes locaux parurent regresser. Vers la fin du mois de juillet, les douleurs réapparurent. Une thérapeutique à base d'alcool iodé fut essayée sans grand succès. A la fin du mois suivant, l'état de la malade tendait à s'aggraver. La radiothérapie fut de nouveau essayée. On fit une seule séance; les douleurs devinrent atroces. L'usage de la morphine devint nécessaire.

Dans ces conditions, le 8 octobre 1925, on se décide à lui faire la *névrotomie bilatérale du nerf honteux interne au niveau de leurs branches périnéales*.

Le résultat fut excellent. Non seulement les douleurs furent immédiatement apaisées, mais l'aspect de la région vulvaire ne tarda pas à se modifier. L'état général, avec la disparition du prurit et le retour du sommeil, se transforma.

La malade a été revue depuis lors à maintes reprises et le résultat s'est maintenu.

## OBSERVATION X

(Publiée par STOIANOVITCH, de Belgrade,  
Société nationale de Chirurgie, 1932.)

### Prurit ano-vulvaire

Mme L..., 56 ans. Consulte le 22 octobre 1926, pour un *prurit ano-vulvaire* et vaginisme dont elle souffre depuis trois ans.

Plusieurs tentatives de traitements médicaux divers sont restés inefficaces.

Le 30 octobre 1926, on pratique l'excision d'une petite fissure médiane située au niveau de la commissure postérieure de la vulve.

Aussitôt après, la malade se considère comme guérie.

Au bout de six semaines, la malade recommence à souffrir encore plus cruellement. Elle éprouve entre la vulve et l'anus une sensation continuelle de cuisson, de fer rouge.

Rien ne la calme. La malade souffre jour et nuit, ne mange plus, ne pense plus qu'à son mal et pense au suicide.

Localement, la petite cicatrice opératoire est parfaitement souple. L'anus ne présente pas la moindre fissure, la moindre hémorroïde. Pas de parasites. Le B.-W. et Hecht sont négatifs. Dans les urines, ni sucre ni albumine. L'azotémie est glycémie sont normales. On constitue un traitement visant son état de nervosité extrême.

La malade va chercher ailleurs le soulagement qu'on n'a pas pu lui donner.

A l'Hôtel-Dieu, en février 1927, on la traite par des applications de pommade cocaïnée, puis par l'électricité, puis par la radiothérapie sans succès.

A Saint-Louis, en mars 1928, on lui fait deux injections épidurales, à un mois d'intervalle, sans plus de succès.

Deux mois après, elle revient pour une tumeur du sein. Le 21 mai 1928, elle présente les signes d'un néoplasme du sein droit avec adénopathie axillaire.

Le 5 juin, on lui fait l'amputation large du sein avec évidence de l'aisselle.

L'examen histologique montre qu'il s'agit bien d'un épithélioma atypique infiltré, avec ganglions largement envahis.

La malade se soucie peu de son cancer du sein. Elle ne pense qu'à son prurit périnéal qui est plus insupportable que jamais. Dès le lendemain de l'opération, elle demande à se lever. Elle ne veut plus rester couchée, elle ne tient pas en place.

Le huitième jour, les fils sont enlevés, la plaie thoracique est cicatrisée. La malade déclare alors qu'elle ne veut pas quitter l'hôpital sans avoir été soulagée, qu'elle est prête à n'importe quelle opération, qu'elle préfère mourir plutôt que de continuer à souffrir pareillement.

Le 18 juin 1928, on se décide à lui faire la *résection bilatérale des nerfs honteux internes* suivant la technique de Wertheimer et Michon. On respecte la branche anale.

De ce jour et de cette heure, la malade cesse de souffrir,

La région vulvaire est insensible, mais il n'existe aucun trouble sphinctérien, ni anal, ni urinaire.

La malade, enchantée, quitte le service.

On la revoit à différentes reprises. Elle ne souffre plus, elle dort, elle mange bien, elle reprend du poids et s'est remise à travailler.

Au bout de un an, elle écrit qu'elle est en parfaite santé.

Elle est revue au bout de deux ans et au bout de trois ans et demi, lors de deux séjours que l'auteur fait à Paris. Le résultat s'est maintenu parfait : aucun trouble sphinctérien et l'anesthésie a fait place à une sensibilité normale.

#### OBSERVATION XI

(Publiée par COSACESCO,

Opération de Cotte pour un prurit vulvo-anal,  
*Lyon Chirurgical*, 1928.)

#### Prurit ano-vulvaire

Mme X..., pharmacienne, 44 ans, souffre d'un *prurit vulvo-anal* datant de dix mois. Elle a déjà eu quelques années avant des courtes périodes de prurit vulvaire qui ont disparu assez vite. Rien de particulier à noter dans les antécédents, à part que la malade a toujours été une frigide et présente une pilosité exagérée.

Elle a vu de nombreux médecins à Bucarest et Vienne. Tous les traitements qu'elle a suivis ont été sans résultats. La malade affirme qu'après la radiothérapie, le prurit s'est plutôt accentué. La malade pleure tout le temps et pense au suicide.

*Opération.* — Le 17 juillet 1930, on lui fait la *résection du nerf présacré* et de ses deux filets terminaux, complétée par le nettoyage soigné de toute la région interiliaque, jusqu'aux promontoires, en enlevant tout le tissu cellulo-graisseux, qui contient des filets nerveux difficilement visibles.

Le résultat post-opératoire a été excellent. Immédiatement après l'opération, les démangeaisons ont disparu, presque tota-

lement. Cinq jours après l'opération, la malade ressent une vague démangeaison très atténuée, supportable, vers la région tout à fait antérieure de la vulve. La vulve, la région anale sont complètement calmées.

La malade est revue six mois après pour la dernière fois, le prurit n'est plus revenu.

Il persiste toujours de très faibles démangeaisons, très localisées, à la partie tout à fait antérieure des lèvres, mais elles ne tourmentent plus la malade qui a pu reprendre la vie normale.

L'auteur ajoute que la partie tout à fait antérieure des grandes lèvres et du clitoris n'a pas bénéficié intégralement de l'opération.

## OBSERVATION XII

(Publiée par COTTE,  
Société de Chirurgie, 1931.)

### Prurit périnéal

Homme de 50 ans. Présente depuis la guerre un prurit périnéal excessivement accusé. Il avait consulté, à Lyon et à Paris, tous les maîtres de la dermatologie et plus de vingt médecins, sans succès.

En 1924, on lui fait une cure radicale d'hémorroïdes, les démangeaisons avaient persisté.

Il était entré à la clinique avec un revolver, bien décidé, s'il n'était pas soulagé par l'intervention, à mettre fin à ses jours.

*Opération.* — Le 8 mai 1928, on lui fait la *résection du nerf présacré, complétée par la dénudation des deux artères hypogastriques*, de façon à agir en même temps dans la sphère des deux honteux internes.

Dès le soir de l'opération, le malade est soulagé.

Revu vingt-deux mois après, le malade est resté complètement guéri.

## CONCLUSIONS

---

Il faut envisager le prurit périnéal comme un simple symptôme clinique, ayant des causes extrêmement variées, ce qui doit commander un examen très détaillé du malade.

En présence d'un prurit périnéal où on ne trouve pas une cause qui puisse l'expliquer, prurit, que nous avons envisagé particulièrement dans ce travail, il ne faut pas s'égarer dans mille et un traitements.

Il serait utile, dans le choix du traitement, de procéder à une hiérarchie, difficile à établir d'ailleurs, étant donné le grand nombre de traitements et leurs valeurs suivant leurs auteurs.

Nous essayerons de donner une marche à suivre, que nous avons déduite de la littérature consultée sur ce sujet :

1° Commencer par l'application d'une pommade co-cainée. Faire en même temps un traitement des oxyures, même si on n'en trouve pas. En cas d'échec, faire une désinfection locale avec la solution de Lugol ou avec des colorants.

2° S'il n'y a pas de résultat, faire des injections sous-cutanéomuqueuses d'une solution anesthésiante

au choix et en grande quantité, afin de décoller la peau ou la muqueuse.

3° Si le résultat obtenu est passager, on pourrait faire un traitement antispécifique d'essai, même si le B. W. est négatif.

4° En cas d'insuccès encore, faire de la haute fréquence ou de la Roentgenthérapie.

5° En dernier lieu, sans attendre des années, se décider pour l'intervention chirurgicale. La resection du nerf honteux surtout dans le prurit vulvaire et l'*opération* de Ball dans le prurit anal.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BALL. — The treatment of inveterate pruritus. *Brit. med. Journ.*, 21 janv. 1905.
- BASCH. — Diagnostic du prurit et son traitement. *Monde Médical*, avril 1933.
- BÉTOULE. — La physiothérapie des prurits. Thèse Paris, 1928.
- BIZARD et MEYER. — Le traitement des prurits par radiothérapie radiculaire. Soc. de Méd. de Paris, déc. 1921.
- BROCQ. — Traitement des dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques. *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. 6, 1<sup>re</sup> série.
- BUIE. — Treatment of anal pruritus by ionisation. *Transactions of the americ. protc. society*, 1925.
- CAZENAVE et SCHEDEL. — Abrégé pratique des maladies de la peau.
- CHARBONNIER. — Les rayons ultra-violets dans quelques cas des prurits. *Annales de l'Institut d'Actinologie*, janvier-avril 1926.
- COSACESCO. — Prurit vulvo-anal. Opération de Cotte. *Lyon Chirurgical*, 1928; sept.-oct. 1931.
- COTTE. — Deux cas de prurit vulvaire, traité par la résection du nerf présacré. *Lyon Chirurgical*, janv.-févr. 1934; Soc. de Chirurgie, 1931.
- DANIEL. — La physiothérapie en gynécologie. Le prurit vulvaire.
- DAVID-CHAUSSE. — Le prurit vulvaire: Considérations étiologiques et notions de thérapeutique courante. *Rev. franç. de Gynéc. et d'Obst.*, nov. 1934.

- DELHERM. — Prurit ano-périnéal guéri par rayons ultra-violets. *Bull. de la Soc. d'Electrothérapie et Radiologie*, 1925, p. 354.
- EYRAUD-DÉCHAUX (M<sup>me</sup>). — Prurit vulvaire. Thèse Paris, 1914.
- FISCHER. — Une méthode chirurgicale de traitement du prurit anal. *Arch. p. Klinische Chirurgie*, t. 150, 1928.
- FRANKENTHAL. — Le traitement chirurgical du prurit anal. *Dermatologische Wochenschrift*, t. 80, 1925.
- GIRAUDEAU. — De l'emploi du mélange pâteux en ionisation dermatologique. *Bull. de la Soc. de Derm. et Syphiligraphie*, 1928.
- HAMANT. — La résection du sympathique pelvien. *Bull. d'Obst. et Gynécol. de Paris*, janv. 1926.
- HARTEMANN. — Contre le prurit vulvaire de la grossesse. Réunion obst. et gyn. de Nancy, 24 février 1934.
- HOLLAND. — Traitement du prurit génito-anal. *North. Magazine for Loegern. Analyse in Y. Of the American. Med. Association*, 1917, p. 234.
- HUDELO et RABUT. — Le prurit périnéal. *Monde Médical*, décembre 1925.
- HUET (J.). — Le prurit périnéal. Thèse Paris, 1925.
- HUMBERT. — A propos d'un cas de prurit vulvaire. *Le Concours Médical*, 13 août 1933.
- HAMANT, BODART et CHALNOT. — Un cas de prurit vulvaire guéri par la névrotomie du nerf honteux interne. *Bull. de la Soc. franç. de Derm. et Syphiligraphie*, janv. 1933.
- JACQUET. — Prurit. *La Pratique dermatologique* de Brocq, Jacquet, Besnier, 1904.
- JEANNENAY, DAVID-CHAUSSE et ROSSET-BRESSAUD. — Le prurit vulvaire. *La Vie médicale*, 25 avril 1930.
- KROUSE. — Lancet, 1907, 13 sept.
- KUTTNER. — Chirurgie des pruritus. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. 200, p. 71.
- LEDENT. — Technique des irradiations dans le traitement du prurit ano-vulvaire. *L'Ultra-Violet*, juillet 1925, p. 105.

- LEYGHTON. — A note on the value of Balls Opération for pruritus ani. *Brit. Med. Journ.*, 1910.
- LITTAUER. — Traitement du prurit anal et vulvaire. *Zentral. Blatt. für Gynäkologie*, Leipzig, 6 janvier 1934.
- LORTAT (Jacob). — Alternance entre prurigos et troubles du système nerveux. *Presse Médicale*, 1925.
- LUITHLEN. — *Le Progrès Médical*, 1926.
- LYNCH. — Pruritus ani. *Medical Record*, 1914.
- MARIN. — La radiothérapie locale du prurit ano-génital. *Presse Médicale*, 3 mai 1933.
- MAUCLAIRE et ALBERTIN. — Prurit vulvo-vaginal intensif traité par la résection des nerfs périnéaux. *Annales de Gynécol. et Obst.*, 1917.
- MELCHIOR. — Les injections sous-cutanées d'oxygène dans le prurit vulvaire. *Gynécol. et Obst.*, 23 mars 1931.
- MEYER. — Ultra-violets et radiothérapie des racines pour prurit anal. *Journal de Médecine de Paris*, 1923.
- MONTAGNE (E.). — Etiol. and pathogen. Of anal pruritus, etc. (*New-York med. Journ. med. record.*, n° 8, 1923.
- MUMMERY. — Pruritus ani. *Clinical Journ. Lond.*, june 26, 1912.
- MURRAY. — Pruritus ani. *Journ. of the Am. Med. Assoc.*, 9 déc. 1911.
- QUENU. — Voir STOIANOVITCH.
- RABUT. — Le prurit périnéal et son traitement. *L'Hôpital*, novembre 1931.
- ROCHET. — Traitement chirurgical des prurits périnéaux et vulvaires. *Bull. de la Soc. de Chir. de Lyon*, 1901, t. XXI, p. 22; 1903, p. 75; *Archives provinciales de Chirurgie*, mai 1899.
- SABOURAUD. — Dermatologie topographique.
- SACK. — Pruritus cutaneus Mraceks. *Haudb. d. Hautkraukh*, 1909, t. IV, p. 235.
- SICARD et ROBINEAU. — *Revue Neurologique*, janvier 1925.
- SIEBOURG. — Traitement du prurit vulvaire par des injections sous-cutanées massives. *An. in Semaine Médicale*, 1901, p. 224.

- SIMON. — Un cas particulièrement rebelle de prurit vulvaire « sine materia », essai de traitement par la résection du nerf pré-sacré. *Bull. Médical*, n° 50, 10 déc. 1932.
- STOIANOVITCH (QUENU). — Névrotomie du nerf honteux interne dans le prurit vulvaire et vaginisme. Soc. nationale de Chirurgie, 5 mars 1932.
- STONE. — Treatment for Pruritus Ani. *Bull. John. Hopkins Hosp.*, 1916, t. 27.
- TURPAULT. — Emanothérapie dans les prurits vulvaires. *Bull. de la Soc. franç. de Gynécologie*, 19 nov. 1934.
- VIGNES. — *Progrès Médical*, n° 2, 13 janvier 1934.
- VEYRIÈRES. — Emploi de la douche filiforme dans le traitement de certaines dermatoses. *Gazette des Hôpitaux*, 1913.
- WEILL (METZ) (ADRIAN). — Traitement des prurits localisés par des injections d'alcool. *Bull. de la Soc. française de Derm. et Syphiligraphie*, février 1934, p. 23.
- WERTHEIMER et MICHON (L.). — La névrotomie du nerf honteux interne. *Journal de Chirurgie*, t. 31, avril 1928.
- WINKLER. — *Arch. f. Derm. et Syphilis*, 1910, p. 281.
- ZIMMERN et COTTENOT. — Guérison d'un cas de prurit rebelle par radiothérapie radiculaire. *Journal de Méd. de Paris*, avril 1913.
-

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                          | Pages |
|------------------------------------------|-------|
| INTRODUCTION .....                       | 9     |
| ETIOLOGIE .....                          | 11    |
| PATHOGÉNIE .....                         | 15    |
| TRAITEMENT .....                         | 19    |
| <i>Traitement médical</i> .....          | 20    |
| <i>Traitement physiothérapique</i> ..... | 25    |
| <i>Traitements divers</i> .....          | 29    |
| <i>Traitement chirurgical</i> .....      | 30    |
| OBSERVATIONS .....                       | 37    |
| CONCLUSIONS .....                        | 47    |
| BIBLIOGRAPHIE .....                      | 49    |

---

VU:  
Nancy, le 18 Janvier 1935.  
*Le Président de Thèse,*  
G. MICHEL.

VU ET APPROUVÉ:  
Nancy, le 19 Janvier 1935  
*Le Doyen de la Faculté de Médecine.*  
L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:  
Nancy, le 21 Janvier 1935.  
*Le Recteur de l'Académie,*  
L. BRUNTZ,  
*Président du Conseil de l'Université.*